

**АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МОДИФИЦИРУЕМЫХ,
НЕМОДИФИЦИРУЕМЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА
РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

Сиваков В. П.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Введение. Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают одно из основных мест в общей заболеваемости и смертности среди населения во всем мире [1, 3]. Среди данной группы заболеваний артериальная гипертензия (АГ) является широко распространенной патологией, которая, в свою очередь, и сама является неблагоприятным фактором риска (ФР) развития и течения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [4, 5].

Цель исследования – проанализировать распространенность основных немодифицируемых, модифицируемых и поведенческих ФР развития ССЗ у лиц с нормальными цифрами артериального давления (АД) и у больных АГ.

Материалы и методы. Было обследовано 402 человека, которые проживали в сельской местности.

По результатам исследования были сформированы две группы: первая группа лиц с нормальными цифрами АД составила 224 человека, вторая группа лиц с АГ составила 178 человек.

Артериальное давление измерялось ртутным сфигмоманометром при соблюдении общепринятых рекомендаций для его измерения, диагноз «артериальная гипертензия» устанавливался в соответствии с разработанными стандартами [1].

Методика проводимого обследования. Стандартно обследование начиналось с заполнения регистрационной карты (паспортные данные, анамнез жизни, анамнез заболевания, данные объективного исследования), измерения АД ртутным сфигмоманометром, а также заполнения стандартного опросника ВОЗ. Проводилась электрокардиография с определением частоты сердечных сокращений (ЧСС), измерялся рост и вес.

Анализировались систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД), по стандартным формулам рассчитывалось пульсовое АД (ПАД) и среднегеомодинамическое давление (СГД).

Изучались следующие ФР: возраст, пол, порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧС) по модифицированной методике R.I. Henkin [2], рассчитывался индекс массы тела (ИМТ), индекс содержания телесного жира (ИСЖ), общий холестерин (ОХ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП), триглицериды.

Кроме того, анализировалась распространенность отягощенной наследственности по ССЗ, низкой физической активности, определялся статус курения и злоупотребления алкоголем, определялся уровень стрессогенности по тесту Люшера, а также изучался уровень образования и характер трудовой деятельности.

Статистическая обработка материалов исследования проводилась с использованием статистических пакетов Statistica 5.0 и SPSS 11.5.

С целью выявления межгрупповых различий в показателях применялся непараметрический тест Колмогорова-Смирнова, уровень минимальной достоверности составлял $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Данные по сравниваемым ФР у лиц с нормальными цифрами АД и у лиц АГ приведены в таблице.

Показатель	Нормальные АД	АГ	Р
Количество обследованных	224	178	
Возраст, лет	37,7±0,9	45,1±0,8	< 0,001
САД, мм рт. ст.	125,5±0,6	162,2±1,5	< 0,001
ДАД, мм рт. ст.	80,9±0,4	99,9±0,7	< 0,001
ЧСС, уд. в мин	70,4±0,5	73,6±0,5	< 0,01
ПАД, мм рт. ст.	44,6±0,5	62,3±1,3	< 0,001
СГД, мм рт. ст.	95,9±0,4	120,7±0,8	< 0,001
ПВЧС, у.е.	0,508±0,026	0,687±0,031	< 0,001
ИМТ, кг/м ²	25,4±0,3	28,9±0,4	< 0,001
ИСЖ, %	32,6±0,6	40,0±0,7	< 0,001
Общий холестерин, ммоль/л	5,87±0,06	6,21±0,08	< 0,01
ХС-ЛВП, ммоль/л	1,36±0,02	1,37±0,02	> 0,05
ХС-ЛНП, ммоль/л	4,00±0,06	4,29±0,08	< 0,05
Триглицериды, ммоль/л	1,11±0,03	1,22±0,04	< 0,05
Данные приведены в виде Mean±SE, p - достоверность			
наследственность по ССЗ, чел.	33 (14,7 %)	46 (25,8 %)	< 0,05
низкий ПВЧС (более 0,25%), чел.	126 (56,3%)	138 (77,5 %)	< 0,001
низкая физическая активность, чел.	16 (7,1 %)	25 (14,0 %)	< 0,05
курение, чел.	86 (38,4 %)	49 (27,5 %)	< 0,05
злоупотребление алкоголем, чел.	44 (19,6 %)	55 (30,9 %)	< 0,05
среднее профессиональное образование, чел.	179 (79,9 %)	142 (79,8 %)	> 0,05
среднее специальное или высшее образование, чел.	45 (20,1 %)	36 (20,2 %)	> 0,05
сельскохозяйственный труд, чел.	192 (85,7 %)	158 (88,8 %)	> 0,05
административный труд, чел.	32 (14,3 %)	20 (11,2 %)	> 0,05
количество мужчин, чел.	136 (60,7 %)	84 (47,2 %)	> 0,05
количество женщин, чел.	88 (39,3 %)	94 (52,8 %)	> 0,05
стрессогенность по тесту Люшера, %	43,1±0,8	46,8±0,6	< 0,001
Данные представлены в виде абсолютного числа человек с изучаемым ФР; в скобках приведены данные в виде процента от общего количества человек в группе			

Как видно из представленной таблицы, распространенность основных немодифицируемых, модифицируемых и поведенческих ФР развития ССЗ у лиц с нормальными цифрами АД в большинстве значительно отличается от показателей у лиц с АГ.

Однако выявлено, что по показателю содержания ХС-ЛВП в сравниваемых группах достоверных различий не было.

Кроме того, необходимо отметить тот факт, что у больных АГ достоверно чаще встречалисьотягощенная наследственность по развитию ССЗ, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем, низкий показатель ПВЧС и отмечался более высокий показатель стрессогенности по тесту Люшера

Также, согласно представленной таблицы, при анализе статуса курения

выявлена большая распространенность привычки курения среди лиц с нормальными цифрами АД, а по характеру профессиональной занятости, уровню образования и половой принадлежности между исследуемыми когортами достоверных различий отмечено не было

Выводы.

1. При анализе распространенности основных немодифицируемых, модифицируемых и поведенческих ФР развития ССЗ среди лиц с нормальным АД и больных АГ выявлены значительные достоверные различия.

2. Здоровые лица по сравнению с группой больных АГ отличаются: более высоким ПВЧС, более низкими показателями ЧСС, ИМТ и ИСЖ, ХС, ХС-ЛНП и триглицеридов.

3. Среди здоровых лиц выявлена меньшая распространенностьотягощенной наследственности по ССЗ, низкой физической активности. злоупотребления алкоголем, стрессогенности, однако распространенность курения была выше, чем у больных АГ.

4. По показателям ХС-ЛВП, профессиональной занятости и уровню образования достоверных различий в исследуемых группах не наблюдалось

5. Выявленные ФР, которые отличались между группами, могут играть роль в развитии АГ.

6. Результаты сравнительного анализа данных могут быть использованы при разработке математических моделей риска развития АГ.

7. Результаты проведенного исследования целесообразно учитывать при планировании профилактических мероприятий среди населения.

Литература:

1. Артериальная гипертония и оценка суммарного сердечно-сосудистого риска: результаты эпидемиологического мониторинга гипертонии / С.А. Шальнова [и др.] // Consilium-medicum. Кардиология [Электронный ресурс]. - 2007. - Том 9. - № 11. - Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/medicum/article/6430>. - Дата доступа 05.09.2009.

2. Некрасова, А.А. Патофизиологическая роль вкусовой чувствительности к поваренной соли и определение его при лечении больных гипертонической болезнью диуретиками/ А.А. Некрасова, Ю.И. Суворов, З.М. Мусаев // Бюл. Всесоюз. кардиол. науч. центра АМН СССР. - 1984. - № 1. - С. 68-72.

3. Шальнова, С.А. Артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца в реальной практике врача-кардиолога / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, Ю.А. Карпов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2006. - № 1. - С. 73-80.

4. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. The task force for the management of arterial hypertension of the ESH and ESC // Hypertens. - 2007. - Vol. 25, № 6. - P. 1105-1187.

5. National Heart, Lung, and Blood Institute JNC on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High BP. National High BP Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High BP: the JNC 7 report / A.V. Chobanian [et al.] // JAMA. - 2003. - Vol. 289. - P. 2560-2572.